Deutscher Bundestag **Drucksache 15/2295**

15. Wahlperiode 22. 12. 2003

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 15/2227 –

Adäquate Versorgung von Schmerzpatienten

Vorbemerkung der Fragesteller

Chronisch Schmerzkranke werden in Deutschland nach wie vor nicht immer angemessen behandelt. So bemängelt z. B. der Verband Deutscher Ärzte für Algesiologie, dass aktuelle Forschungsergebnisse über Schmerztherapie in der aktuellen Approbationsordnung für Ärzte kein verpflichtender Bestandteil der Ausbildung angehender Ärzte ist. Chronische Schmerzkrankheiten werden in den ICD-Verschlüsselungen nur sehr bedingt und in den diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) gar nicht berücksichtigt.

Um die Defizite bei der Versorgung chronisch Schmerzkranker zu vermindern, haben sich einige Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen in Schmerztherapievereinbarungen über die Vergütung und Behandlung chronisch Schmerzkranker geeinigt. Diese Vereinbarungen wurden auf freiwilliger Basis abgeschlossen. Sie gelten nur für einen Teil der Patienten. Die anderen sind nach wie vor damit konfrontiert, nicht die umfassende Hilfe zu bekommen, die sie angesichts ihres Krankheitsbildes brauchen. Krankenkassen, die eine Verweigerungshaltung hinsichtlich des Abschlusses von Schmerztherapievereinbarungen einnehmen, verschaffen sich durch geringere Ausgaben einen Wettbewerbsvorteil auf dem Rücken dieser besonders behandlungsbedürftigen Patienten.

1. Wie viele chronische Schmerzkranke gibt es in Deutschland und wie viele davon sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren?

Schätzungen geben die Zahl an Erwachsenen, die in Deutschland unter behandlungsbedürftigen chronischen Schmerzen leiden, mit 5 bis 8 Millionen an. Von diesen benötigen je nach Lokalisation wiederum bis zu 20 %, nach anderen Angaben absolut etwa 600 000 bis 700 000 Personen, eine spezielle Schmerztherapie. Von den 1998 im Bundesgesundheits-Survey befragten Personen gaben nur 9 % an, im zurückliegenden Jahr keine Schmerzen gehabt zu haben.

Belastbare Zahlen für Kinder, die unter chronischen Schmerzen leiden, liegen (noch) nicht vor. Nach Expertenschätzungen leiden etwa 350 000 Kinder (unter

---

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 22. Dezember 2003 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

16 Jahren) an Migräneattacken. Hoch ist nach dieser Schätzung auch die Zahl an Kindern, die unter funktionellen Bauchschmerzen leiden. Von Krebs- bzw. Tumorschmerzen sind in Deutschland nach Schätzungen etwa 600 Kinder betroffen.

Wegen der unbefriedigenden Datenlage bei Kindern sind Fragen zum Komplex Schmerzen in den in diesem Jahr angelaufenen Kinder- und Jugend-Survey, der vom Robert Koch-Institut durchführt wird, aufgenommen worden.

2. Welche volkswirtschaftlichen Kosten verursachen chronisch Schmerzkranke in Deutschland, insbesondere im Hinblick auf Medikamente, Rehabilitation und Frühverrentung?

Die volkswirtschaftlichen Kosten, die durch chronische Schmerzen entstehen, werden von Experten auf jährlich 20,5 bis 28,7 Mrd. Euro geschätzt, wovon etwa 11,7 bis 15,5 Mrd. Euro direkte Kosten, also Kosten der Behandlung, Rehabilitation, Medikamente u. Ä., und 8,8 bis 13,2 Mrd. Euro indirekte Kosten (vorzeitige Berentung, Arbeitsunfähigkeit etc.) ausmachen.

Die Behandlung, Rehabilitation und vorzeitige Berentung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen verursachen nach anderen Schätzungen dabei bis zu 25 Mrd. Euro (direkte Kosten etwa 10 Mrd. Euro, indirekte etwa 15 Mrd. Euro), während die Gesamtkosten von chronischen Kopfschmerzen mit etwa 2,5 Mrd. Euro zu Buche schlagen.

3. Wie hoch schätzt die Bundesregierung die Kosten für Rehabilitation und Frühverrentung ein, die sich bei einer optimalen Medikamentenversorgung von chronisch Schmerzkranken einsparen ließen?

Verlässliche Aussagen zu Einsparmöglichkeiten durch eine optimale Medikamentenversorgung von chronisch Schmerzkranken können nicht gemacht werden, zumal bei Rückenschmerzen, die für den größten Teil der direkten und indirekten Kosten verantwortlich sind, nicht medikamentöse Maßnahmen und die Prävention der Chronifizierung im Vordergrund stehen.

4. Wie schätzt die Bundesregierung die Versorgung der chronischen Schmerzkranken, insbesondere der Kinder und Jugendlichen, in der Bundesrepublik Deutschland ein?

6. Welche Erkenntnisse über Defizite in der Behandlung chronisch Schmerzkranker und insbesondere von Kindern liegen der Bundesregierung vor?

Insgesamt gesehen ist die Versorgung von chronischen Schmerzpatienten in Deutschland nicht überall optimal. Experten fordern neben der Kenntnis und Anwendung entsprechender Leitlinien durch die Ärzte die Einrichtung interdisziplinärer Schmerzzentren.

Eine Evaluation von 1 000 Anrufen beim Krebsschmerztelefon, das beim Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg angebunden ist und in der Aufbauphase vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) gefördert wurde, nannte als Defizite ebenfalls die fehlende Umsetzung von Leitlinien (WHO-Schema). In der nichtrepräsentativen Erhebung wurde desweiteren eine oftmals zu geringe Dosierung von Schmerzmitteln und eine mangelnde Information der Patienten über die Einnahmemodalitäten registriert.

Eine unzureichende Berücksichtigung von Schmerzen wird nach neueren Erkenntnissen auch für das Kindesalter angenommen. Es ist dabei darauf hinzuweisen, dass die Schmerzmessung bei Säuglingen und Kleinkindern sehr schwierig ist, da das Schmerzverhalten von dem Erwachsener abweicht und meist durch eine aufwändige Fremdbeobachtung erfolgen muss. Auch hier können nach Expertenmeinung mehr interdisziplinäre Kinderschmerzambulanzen, von denen es in Deutschland nur eine gibt, hilfreich sein.

5. Wie beurteilt die Bundesregierung die Tatsache, dass Krankenkassen zunehmend die Kostenübernahme für wissenschaftlich begründete und erfolgreiche Schmerztherapien mit bei Kindern nicht zugelassenen Medikamenten ablehnen?

Die gesetzlichen Regelungen zur Arzneimittelversorgung sind so ausgestaltet worden, dass den Patienten und Patientinnen alle Arzneimittel, die nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnis zur Behandlung ihrer Erkrankung geboten sind, verordnet werden können.

Das Bundessozialgericht hat am 19. März 2002 in einem Grundsatzurteil entschieden, dass die Krankenkassen im Regelfall Arzneimittelkosten nur übernehmen dürfen, wenn das Medikament im Rahmen der nach dem Arzneimittelgesetz zugelassenen Anwendung eingesetzt wird, da nur hierfür ein Wirksamkeitsnachweis erbracht wurde und eine Risikobeurteilung erfolgt ist. Das Gericht hat aber auch klargestellt, dass der Zulassungsstatus eines Arzneimittels für die Krankenkassen kein Grund sein darf, dass den Versicherten unverzichtbare und erwiesenermaßen wirksame Therapien vorenthalten bleiben.

Durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) sind nunmehr ausdrücklich die Voraussetzungen festgelegt, unter denen Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf die Verordnung von Arzneimitteln zur Behandlung bei Anwendung außerhalb des zugelassenen Anwendungsgebiets haben. Hierfür ist ein zweistufiges Verfahren vorgesehen, in dem in einem ersten Schritt eine vom BMGS eingesetzte Expertengruppe, die mit anerkannten, unabhängigen Experten besetzt ist, den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zur Anwendung eines Arzneimittels außerhalb des zugelassenen Anwendungsgebietes überprüft und dann ihre Feststellungen an den Gemeinsamen Bundesausschuss weiterleitet. Dieser legt in den Arzneimittelrichtlinien in einem zweiten Schritt verbindlich fest, unter welchen Voraussetzungen die Krankenkassen die Kosten für entsprechende „Off-Label"-Arzneiverordnungen übernehmen.

7. Wird nach Auffassung der Bundesregierung den Besonderheiten und Schwierigkeiten bei der schmerztherapeutischen Behandlung von Kindern (z. T. fehlende Schmerzkommunikation, Fehlen kindgerechter Arzneimittel und Darreichungsformen, Notwendigkeit der interdisziplinären, kinderspezifischen Behandlung etc.) in der derzeitigen Versorgung Rechnung getragen?

Die Erkenntnis, dass eine effiziente Schmerzbehandlung für Kinder mindestens ebenso wichtig ist wie für Erwachsene, ist verhältnismäßig neu. Vor diesem Hintergrund ist es verständlich, dass eine auf Kinder spezialisierte Schmerztherapie erst in der Entwicklung begriffen ist.

Da die überwiegende Zahl der Kinderarzneimittel zunächst für Erwachsene entwickelt wurden, liegt in vielen Fällen auch für Schmerzmittel keine Zulassung für die Anwendung bei Kindern vor oder es fehlen kindgerechte Darreichungsformen. Mit der Bewältigung dieser Problematik befasst sich eine beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eingesetzte Kommission.

8. Welche Forschungsprojekte zur Behandlung chronisch Schmerzkranker werden durch den Bund gefördert?

Im Gesundheitsforschungsprogramm der Bundesregierung werden aktuell drei Forschungsverbünde mit einer Laufzeit von zunächst drei Jahren (2001/02 bis 2004/05) gefördert. Für diese erste Förderperiode wurden insgesamt 7,3 Mio. Euro bewilligt.

Die Verbünde sind im Einzelnen:

1. Forschungsverbund Kopfschmerz (Koordinator: Prof. Diener, Essen) mit zehn Teilprojekten und 2,1 Mio. Euro Fördervolumen
2. Forschungsverbund Rückenschmerz (Koordinator: Prof. Kohlmann, Greifswald) mit sieben Teilprojekten und 2,4 Mio. Euro Fördervolumen und
3. Forschungsverbund Neuropathischer Schmerz (Koordinator: Prof. Tölle, München) mit zehn Teilprojekten und 2,8 Mio. Euro Fördervolumen.

Zurzeit werden vom BMGS folgende Projekte gefördert:

Im Rahmen des Förderschwerpunktes „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ unterstützt das BMGS von 2001 bis 2004 mit insgesamt 420 310 Euro ein Modellvorhaben der Universität Jena und des Fördervereins Hospiz Jena. Ziel ist unter anderem, Tumorpatienten in fortgeschrittenen Krankheitsstadien hinsichtlich ihrer Selbstwahrnehmung und Beteiligung an medizinischen Entscheidungsprozessen zu stärken. Darüber hinaus sollen die Ärzte im Hinblick auf die Kommunikation mit diesen Patienten und ihre Kompetenz in der Versorgung dieser Patienten geschult werden.

Im gleichen Zeitraum zielt ein weiteres Projekt der Universität Heidelberg darauf ab, am Beispiel chronischer Schmerzpatienten ein Modell der Therapieentscheidung (shared decision) zu evaluieren, welches zu einer Verbesserung sowohl der Patienten- als auch der Behandlerzufriedenheit beitragen kann. Hierzu soll die Rolle des Patienten als aktiver Entscheidungspartner bei der Wahl der geeigneten Behandlung, mit Hilfe evidenzbasierter Informationen über Vor- und Nachteile einzelner Behandlungsmöglichkeiten einerseits und der Verfügbarkeit des Behandlers als Begleiter und Interaktionspartner andererseits, gestärkt werden. Für dieses Projekt werden insgesamt 339 864 Euro zur Verfügung gestellt.

Ziel eines Modellprojekts der Fachhochschule Osnabrück, das zwischen 2001 und 2004 mit 329 684 Euro gefördert wird, ist die Erarbeitung von Expertenstandards zu zentralen Problembereichen in der Pflege. Eines der behandelten Themen widmet sich dem Schmerzmanagement. Die Einführung der Standards in ausgewählten Gesundheitseinrichtungen dient der modellhaften Erprobung in der Praxis sowie der Unterstützung der Verbreitung.

Im Rahmen eines vor kurzem aufgelegten Förderschwerpunktes „Benchmarking in der Patientenversorgung“ zielt ein Projekt der Universität Jena auf die Verbesserung der Ergebnisqualität der postoperativen Schmerztherapie in sechs Kliniken in Thüringen. Während des Förderzeitraums von 2003 bis 2006 (Fördersumme: 320 757 Euro) soll ein übergreifendes Qualitätsmanagementsystem installiert werden, das auf Grundlage eines Benchmarkings eine kontinuierliche Verbesserung der Ergebnisqualität ermöglicht, die auch nach Auslaufen des Projekts weiter fortgeführt werden soll.

9. Hält die Bundesregierung es für vertretbar, dass die Schmerztherapie, auch nach Inkrafttreten der neuen Approbationsordnung zum 1. Oktober 2003, kein Bestandteil der Ärzteausbildung ist?

Die Schmerztherapie ist Bestandteil der neuen, seit Oktober 2003 geltenden Approbationsordnung für Ärzte. Schmerztherapie ist Prüfungsstoff für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. Die Lehre in diesem Fach ist daher für die Universitäten verpflichtend.

10. Wo gibt es zurzeit Schmerztherapievereinbarungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen?

Die Bundesregierung verfügt nicht über eine aktuelle Übersicht sämtlicher in den einzelnen Ländern getroffenen Schmerztherapievereinbarungen. Nach Kenntnis der Bundesregierung gibt es für den Bereich der Ersatzkassen seit 1994 eine Schmerztherapie-Vereinbarung, die auf Bundesebene zwischen den Spitzenverbänden der Ersatzkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossen worden ist. Für den Bereich der anderen Kassenarten wurden vielfach regionale Verträge zwischen den Partnern der Gesamtverträge abgeschlossen (so etwa zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der AOK Berlin).

11. Wie beurteilt die Bundesregierung im Hinblick darauf, dass die Schmerztherapie im derzeitigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab Ärzte (EBM) nicht vorkommt, die Verweigerung von Krankenkassenspitzenverbänden eine gesonderte Schmerztherapie-Vereinbarung bis zum Inkrafttreten des EBM abzuschließen, um Schmerzpatienten adäquat versorgen zu können?

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass im derzeitigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) schmerztherapeutische Leistungen vor allem im Kapitel D I aufgeführt sind (Anästhesien zur Schmerztherapie; Abrechnungsziffern 415 bis 450). Diese EBM-Ziffern stellen nach Ansicht der Schmerztherapeuten-Verbände nur einen relativ kleinen Teil des Leistungsspektrums der Schmerztherapeuten dar und werden deshalb als unzureichend kritisiert.

Die Kritik der Schmerztherapeuten wird im Zuge der Weiterentwicklung des EBM zum „EBM 2000 plus“ diskutiert. Hierüber entscheidet der Bewertungsausschuss, als paritätisch mit Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverbände der Krankenkassen besetztes Gremium, eigenverantwortlich. Das BMGS kann darauf keinen Einfluss nehmen, sofern die gesetzlichen Vorgaben beachtet werden.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen halten für eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten geeignete Abrechnungsregelungen im „EBM 2000 plus“ für erforderlich und sind bereit, die heute im Rahmen gesonderter Schmerztherapievereinbarungen auf Landesebene zur Verfügung gestellten Mittel auch in Zukunft zur Verfügung zu stellen, wenn die jetzigen vertraglichen Regelungen in eine EBM-Regelung überführt werden.

Der Bewertungsausschuss wird durch das GMG beauftragt, bis zum 30. Juni 2004 Anpassungen im EBM vorzunehmen. Zudem kann der Bewertungsausschuss bis zu diesem Zeitpunkt erstmalig Regelungen treffen, die einem mit der Behandlung bestimmter Versichertengruppen (z. B. chronisch kranke Versicherte) verbundenen zusätzlichen Aufwand des Arztes Rechnung tragen.

Soweit es im Zusammenhang mit Schmerztherapie um neue Leistungen geht, die in den EBM aufzunehmen sind, gilt ferner, dass der gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen darüber zu entscheiden hat, ob diese neuen Leistungen bestimmte, gesetzlich geregelte Voraussetzungen erfüllen, z. B. dass die Leistungen (Diagnose- oder Therapieverfahren) den Anforderungen einer ausreichenden, bedarfsgerechten, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden medizinischen Versorgung genügen. Derartige Beschlüsse des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Aufnahme neuer Leistungen in den EBM waren in der Vergangenheit durch Auseinandersetzungen zwischen den Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen über die damit verbundenen Mehrausgaben behindert worden. Deshalb wurde im GMG mit Wirkung vom 1. Januar 2004 geregelt, dass solche Beschlüsse des gemeinsamen Bundesausschusses bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen zu berücksichtigen sind.

12. Wie beurteilt die Bundesregierung den Sachverhalt, dass chronische Schmerzkrankheiten in den ICD-Verschlüsselungen so gut wie gar nicht und in den diagnosebezogenen Fallpauschalen überhaupt keine Berücksichtigung finden?

Die Bundesregierung teilt die in der Frage zum Ausdruck kommende Auffassung nicht.

In der ab dem 1. Januar 2004 geltenden internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM Version 2004) wird an zahlreichen Stellen in den Organkapiteln zwischen Krankheitsbildern mit und ohne Schmerz differenziert. Chronische Schmerzen sind teilweise auch ohne ausdrückliche Nennung des Wortes „Schmerz“ oder „algo...“ fester Bestandteil des in den jeweiligen Schlüsselnummern enthaltenen Krankheitsbilds. Im Symptomkapitel der ICD (R...) ist darüber hinaus ein Bereich für Schmerzen und mit der F45.4 eine eigene Ziffer für den chronischen körperlichen Schmerz ohne greifbare Ursache enthalten. Neu aufgegliedert ist ferner die Ziffer F62.8 – „Sonstige andauernde Persönlichkeitsänderungen“ in F62.80 „Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom“ und F62.88 „Sonstige andauernde Persönlichkeitsänderungen“, sodass auch diesem Aspekt der chronischen Schmerzen Rechnung getragen werden kann. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass auch im Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) (OPS-301) schon immer zahlreiche Eingriffe mit Relevanz für die Schmerztherapie vorhanden sind (z. B. die diversen Verfahren zur Lyse und Dekompression von Nerven). Im OPS-301 Version 2004 sind weitere Eingriffe eingefügt worden die u. a. der Schmerztherapie dienen (z. B. Implantation von Nervenstimulatoren).

Für den Bereich der DRG-Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups) ist festzuhalten, dass die Berücksichtigung von chronischen Schmerzkrankheiten auch über die Haupt- und Nebendiagnosen erfolgt, die eine stationäre schmerztherapeutische Behandlung begründen. Auch ohne dass eine DRG im Titel die Begrifflichkeit „Schmerztherapie“ trägt, findet dementsprechend eine Berücksichtigung statt. Aufgrund verschiedener im Rahmen der ICD- und OPS-Versionen für das Jahr 2004 neu aufgenommener Schlüssel im Bereich der Schmerztherapie, wird auf Basis der Daten des Jahres 2004 zu prüfen sein, ob den neuen ICD- und OPS-Schlüsseln eine ökonomische Relevanz zukommt, die ggf. für das DRG-Fallpauschalensystem des Jahres 2006 zu einem geänderten Zuschnitt der stationären Vergütung von chronischen Schmerzkrankheiten führen könnte.

Eine besondere Berücksichtigung erfahren zudem teilstationär erbrachte schmerztherapeutische Leistungen. § 6 Abs. 2 der Fallpauschalenverordnung 2004 gibt grundsätzlich vor, dass innerhalb der oberen Grenzverweildauer einer zuvor abgerechneten Fallpauschale teilstationäre Leistungen nicht zusätzlich abrechenbar sind. Von dieser Anrechnungsregelung bleiben schmerztherapeutische Leistungen explizit ausgenommen.

13. Wie können medizinische Leistungserbringer Schmerztherapien abrechnen, wenn die Krankenkasse des versicherten Schmerzpatienten keine Schmerztherapievereinbarung mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abgeschlossen hat?

In der Vergangenheit haben die Verbände der Schmerztherapeuten wiederholt kritisiert, dass schmerztherapeutische Leistungen im geltenden EBM nicht ausreichend abgebildet seien. Ärzte können demnach Schmerztherapien für Patienten, die bei solchen gesetzlichen Krankenkassen versichert sind, die keine Schmerztherapievereinbarung mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung getroffen haben, auf der Grundlage des derzeitigen EBM nur unzureichend abrechnen (siehe hierzu auch die Antwort auf Frage 11).

14. Welche Zusatzkosten entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung bei einer angemessenen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten?

Die Bundesregierung verfügt hierzu über keine belastbaren Erkenntnisse. Aufgrund vorliegender Veröffentlichungen ist insbesondere offen, ob für die GKV durch Änderungen in der Behandlung von chronischen Schmerzpatienten überhaupt Mehrkosten entstehen, da bei einer Verbesserung der therapeutischen Ergebnisse der Schmerztherapie mit Entlastungen durch Wegfall von Behandlungen von mit dieser Erkrankung verbundenen Beeinträchtigungen zu rechnen ist. Nach der Systematik der GKV ist bei der Beurteilung dieser Frage aber alleine relevant, dass die Versicherten einen gesetzlichen Anspruch auf alle medizinischen Leistungen haben, die zur Behandlung nach dem anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis medizinisch zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Um diesen gesetzlichen Anspruch in der Versorgungswirklichkeit zur Geltung zu bringen, kommt es insbesondere darauf an, dass die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen sich in Fragen der medizinischen Behandlung besser abstimmen, die Versorgung besser an den medizinischen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet wird und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert wird.

Entsprechende Regelungen sind im GMG getroffen worden. Als Stichworte seien genannt die Einrichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin. Damit sind notwendige institutionelle Rahmenbedingungen dafür geschaffen worden, dass insbesondere auch Menschen mit chronischen Erkrankungen eine medizinische Behandlung erhalten, welche dem anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Medizin entspricht.

15. Wie beurteilt die Bundesregierung, dass Krankenversicherungen, die mit der Kassenärztlichen Vereinigung keine Schmerztherapievereinbarung getroffen haben, einen Kostenvorteil haben?

Mit den auf freiwilliger Basis von den Parteien der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen getroffenen Schmerztherapievereinbarungen wird die am-

bulante Behandlung für spezifische Versichertengruppen in besonderen Versorgungssituationen gefördert. Dem damit verbundenen Kostenaufwand der beteiligten Krankenkassen bzw. Kassenarten steht insbesondere auch ein Nutzenvorteil für die Versorgung der betroffenen Versicherten gegenüber, auf den solche Krankenkassen verzichten, die entsprechende Vereinbarungen nicht getroffen haben.

16. Wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass alle Schmerzpatienten, insbesondere auch Kinder und Jugendliche, eine angemessene Therapie erhalten?

Für die ärztliche bzw. medizinische Versorgung sind primär die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen sowie die Länder zuständig, die diesbezüglichen Zuständigkeiten des Bundes beschränken sich auf die Rahmengesetzgebung.

Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass eine verbesserte Versorgung auch von der Fort- und Weiterbildungsbereitschaft der Ärzte sowie von der Kenntnis und Anwendung von Leitlinien abhängig ist (siehe auch Antwort auf die Fragen 4 und 6). Die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ wurde bisher in der Bundesrepublik Deutschland etwa 1 000 Ärzten für ihre Weiterbildung auf dem Gebiet des chronischen Schmerzes zuerkannt.

Die ambulante ärztliche Schmerztherapie allgemein sowie die Schmerztherapie bei Patienten mit chronischer Schmerzkrankheit fällt weiterhin, d. h. auch nach Inkrafttreten des GMG, in den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung. Da die Versorgung schmerzkranker Patienten spezielle und besonders hohe Anforderungen an die Qualifikation der behandelnden Ärzte stellt und es sich um besonders aufwändige Behandlungen handelt, muss diesen Anforderungen auch bei den ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungsregelungen, die von der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen getroffen werden, Rechnung getragen werden.

17. In welchem Maße und in welcher Form findet heute Cannabis in der Schmerztherapie Anwendung?

18. Hält die Bundesregierung das für ausreichend und sachgerecht oder sind ihres Erachtens Änderungen notwendig?

Der Bundesregierung liegen über das Ausmaß der Verwendung von Cannabis in der Schmerztherapie keine Informationen vor. Grundsätzlich kann Dronabinol, ein Inhaltsstoff von Cannabis, der in Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes als verkehrs- und verschreibungsfähiges Betäubungsmittel eingestuft ist, verschrieben werden.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333